

ITEM 93 (ITEM 279)

Radiculalgie et syndrome canalaire

*Objectifs : Savoir diagnostiquer une radiculalgie et un syndrome canalaire.
Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.*



Points clés

- Une radiculalgie est une douleur dans un territoire radiculaire. Elle peut être la conséquence de causes mécaniques, tumorales, inflammatoires ou infectieuses.
- Une atteinte radiculaire peut être motrice, sensitive ou sensitivomotrice, et peut ne pas s'accompagner d'une radiculalgie++.
- Vous devez savoir reconnaître les principales atteintes radiculaires aux MI et aux MS, et être capable de repérer les situations d'urgence+++ qui peuvent être liées :
 - à une atteinte motrice (risque de déficit séquellaire irréversible+++);
 - à l'atteinte de structures voisines (moelle, queue de cheval) qui peut être au second plan cliniquement et doit donc être systématiquement cherchée+++.
- Les syndromes canauxiers sont des atteintes monotronculaires par atteinte compressive dans un défilé constitutionnel anatomique : ils peuvent se révéler, comme les atteintes radiculaires, par un déficit moteur et/ou sensitif, parfois non douloureux++.
- La seule urgence à évoquer face à une atteinte monotronculaire est une forme débutante de mononévrite multiple de type PAN (vérifier l'absence de fièvre et d'ÆG notamment, et prévenir des symptômes devant faire revenir le malade en urgence [cf. item 94]).

Dossier 6

Vous recevez Madame P., âgée de 61 ans, sous traitement palliatif pour un cancer du rectum. Elle pèse 39 kg pour 1,65 m (20 kg de moins que son poids de base). Ce matin, en se réveillant, elle s'est rendu compte que son pied droit tombait. Elle n'a pas d'autre plainte.

Examen	AEG. Cachexie. Apyrétique. TA = 9/6; pouls = 84. Cognition : RAS. Motricité : – déficit moteur flasque de la loge antéro-externe de jambe; – pas de déficit du moyen fessier; – ROT tous présents, symétriques, sauf achilléens abolis. Sensibilité, coordination : RAS. Ex OPH, ORL : RAS.
Analyse sémiologique	Déficit moteur de type périphérique (paralysie flasque touchant spécifiquement certains groupes musculaires d'un segment de membre) pouvant correspondre à une atteinte tronculaire (fibulaire) ou radiculaire (L5).
Diagnostic topographique/ mécanisme	Nerf fibulaire droit (diffère d'une atteinte radiculaire L5 par le respect du moyen fessier). <i>NB : aucun ROT ne dépend du nerf fibulaire et l'absence d'amyotrophie est habituelle à la phase aiguë d'une paralysie périphérique.</i>
Diagnostic étiologique	Évolution aiguë, apparition le matin au réveil, chez une patiente cachectique (facteur de risque de compression mécanique) ⇒ origine compressive locale. <i>NB : l'abolition des achilléens sur ce terrain fait évoquer une polyneuropathie sensitive infraclinique (origine toxique : chimiothérapie++), et n'a rien à voir avec la symptomatologie actuelle.</i>

Principales atteintes radiculaires

Certaines atteintes radiculaires sont à connaître car surreprésentées en pratique quotidienne (« sciatique », NCB). Elles sont majoritairement liées à des causes mécaniques (discopathies, arthrose).

	Trajet douloureux (inconstant)	Déficit sensitif évocateur associé (inconstant)	Déficit moteur (inconstant)	ROT diminué ou aboli
C2	Douleur occipitale avec irradiation frontale (névralgie d'Arnold)	Hémicrâne postérieur	Aucun	Aucun
C5	Moignon de l'épaule	Moignon de l'épaule	Deltoïde ± biceps brachial	Bicipital